Document généré le 23/10/2026 04:53

Recherches féministes

La psychologisation de l'avortement en France
The Psychologisation of Abortion in France
La psicologización del aborto en Francia

Marie Mathieu, Raphaël Perrin et Laurine Thizy

Volume 36, numéro 2, 2023

Psychologisation de l'oppression

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1111376ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1111376ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (imprimé)
1705-9240 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Mathieu, M., Perrin, R. & Thizy, L. (2023). La psychologisation de l'avortement en France. *Recherches féministes*, *36*(2), 89–108. https://doi.org/10.7202/1111376ar

Résumé de l'article

Le croisement de réflexions menées à partir de trois recherches empiriques permet d'éclairer les évolutions de l'encadrement des femmes en demande d'avortement au cours des 50 dernières années en France. L'article montre comment la diffusion d'un discours psychologique dramatisant l'expérience de l'avortement a contribué, en pratique, au maintien d'un contrôle des demandeuses d'avortement, malgré l'allègement du dispositif légal. Placée au coeur des luttes autour de l'avortement aujourd'hui, la santé des femmes est devenue le nouvel étendard des anti-choix dans le monde et la dramatisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) un obstacle à sa libéralisation en France. S'appuyant sur ces représentations de l'avortement, les professionnel·les de santé pérennisent ainsi une régulation psychique individualisée du recours à l'IVG, menant à des prises en charge différenciées des avortantes et complexifiant l'accès à l'IVG.

Tous droits réservés © Recherches féministes, Université Laval, 2023

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

La psychologisation de l'avortement en France

MARIE MATHIEU, RAPHAËL PERRIN ET LAURINE THIZY

Aujourd'hui, en France, une femme sur trois a recours au moins une fois dans sa vie à une interruption volontaire de grossesse (IVG) (Vilain 2022). Pourtant, malgré cette grande banalité statistique, l'avortement continue d'être l'objet d'un ensemble de représentations sociales négatives : il est conçu non pas comme une donnée structurelle des trajectoires procréatives, mais comme un geste « non anodin » (Mathieu et Ruault 2014 : 51), voire un traumatisme (Mattalucci 2018) ou un drame (Pheterson 2003 : 109; Lambert 2012) évitable et à éviter. En même temps que s'est diffusée une « culture psychologique de masse » (Castel 1981 : 22), un discours essentialiste sur « les séquelles psychologiques » de l'IVG s'est ainsi imposé en France. Comme dans d'autres espaces sociaux, on observe « une tendance à la " psychologisation " de l'expérience », soit une « tendance à faire, de ce qui se joue dans la sphère psychique, à la fois une dimension essentielle – ou même la dimension déterminante – de ce qui est vécu par les individus, et un objet explicite de préoccupation, d'attention » (Schwartz 2011 : 346). Or, une telle psychologisation de l'avortement n'a rien d'une évidence : les travaux contemporains sur les expériences abortives ont montré que les éventuelles difficultés psychiques liées à l'IVG – parfois mises en avant par les premières visées – ne résident pas dans une « nature » intrinsèquement dramatique de l'avortement, mais plutôt dans les conditions sociales de sa réalisation (Mathieu 2016). Comment expliquer alors la prégnance du discours psychologique dramatisant l'IVG? Que permet-il et par qui est-il porté? Quels en sont les effets sur les femmes qui avortent? Voilà l'objet du présent article.

L'analyse du contrôle social de l'avortement par le psychisme n'en est pas à ses débuts : des chercheuses comme Anne-Marie Devreux (1982) ou Dominique Memmi (2003b) ont déjà montré que l'attention au psychisme des « avortantes » fait intrinsèquement partie du dispositif d'encadrement juridique et médical de l'IVG (Bajos et Ferrand 2011). Au nom du bien-être émotionnel des femmes, et dans l'objectif affiché de réduire le nombre d'avortements, la puissance publique a, historiquement, organisé la mise sous contrôle de l'IVG par une « biopolitique déléguée » aux professionnel·les de santé (Memmi 2003b). Nous souhaitons poursuivre cette analyse en montrant que la délégation du biopouvoir en matière d'avortement ne s'est pas faite en un jour, celui du vote de la loi Veil, mais qu'il est bel et bien question d'un processus continu, marqué par le passage d'un encadrement psychique collectif des avortantes, organisé par l'État, à un encadrement psychique « au cas par cas », dépendant des pratiques et des représentations des professionnel·les de santé et à l'origine de prises en charge différenciées.

Pour cela, nous nous appuierons sur trois recherches explorant les expériences contemporaines de l'avortement et les pratiques des professionnel·les qui participent à sa prise en charge (voir l'encadré). Nous retracerons d'abord la mise en place et l'allègement progressif du dispositif légal d'encadrement – notamment psychique – des avortantes (section « L'encadrement psychique des avortantes, un dispositif légal français singulier »). Ensuite, nous mettrons en lumière la prégnance du discours dramatisant les « conséquences psychologiques » de l'avortement, porté par des militant·es anti-avortement et diffusé dans l'ensemble du monde social (section « La santé psychique des femmes au cœur de la bataille contemporaine autour de l'avortement »). Enfin, nous montrerons que le poids de ces représentations parmi les professionnel·les de santé façonne leur manière de prendre en charge l'avortement, en produisant un contrôle des femmes non plus collectif mais individualisé (section « La psychologisation dans les pratiques professionnelles abortives : de l'individualisation des rapports sociaux à l'obstacle au soin »).

La démarche méthodologique

Notre article propose une réflexion croisée issue de trois thèses de sociologie : celle de Marie Mathieu sur les expériences contemporaines d'avortantes (2016), celle de Laurine Thizy sur la stigmatisation genrée de l'IVG (2023a) et celle de Raphaël Perrin sur le rapport des médecins à l'avortement (à paraître). Nous présentons ici les résultats de l'analyse des différents matériaux, en exposant les données les plus contemporaines : d'une part, les observations ethnographiques faites par Laurine Thizy dans deux centres d'orthogénie des hôpitaux publics, de janvier à mars 2016 (CIVG 1) et de mai à octobre 2019 (CIVG 2), et les entretiens qu'elle a conduits avec des professionnel·les de santé (n = 15), notamment des conseillères conjugales et familiales (CCF); d'autre part, les observations réalisées par Raphaël Perrin dans trois centres d'IVG (CIVG 3, 4 et 5), entre septembre 2021 et juillet 2022, et les entretiens qu'il a menés de septembre 2020 à septembre 2022 auprès de médecins (n = 85) et d'autres professionnel·les travaillant autour de l'avortement (n = 40). Les différents terrains se sont déroulés en France dans des lieux de prise en charge variés, dans des villes de taille différente, en milieux urbain et rural.

L'encadrement psychique des avortantes, un dispositif légal français singulier

Dès sa légalisation en 1975, le droit à l'avortement a été pensé comme une « dérogation légale » (Marguet 2014 : 7), « une atteinte exceptionnelle à l'existence d'un être » (Divay 2003 : 202) devant être strictement encadrée, notamment au travers d'un gouvernement des émotions et de la psyché des femmes. L'allègement de ce dispositif au fil des années n'en transforme pas fondamentalement le principe, qui repose encore sur une psychologisation de l'avortement et des avortantes.

La « détresse » : condition d'obtention d'une interruption volontaire de grossesse pour les femmes

« L'avortement doit rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue […] Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement […] C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame » : c'est en ces termes que Simone Veil qualifie l'avortement dans son discours du 26 novembre 1974, précédant le vote de la première loi qui le dépénalise partiellement en France. Devant une assemblée en quasi-totalité composée d'hommes, la rhétorique adoptée par la ministre de la Santé est pragmatique : l'accent n'est pas mis sur le droit des femmes à décider du devenir de leur grossesse, quoique Simone Veil en soit convaincue (Le Naour et Valenti 2003 : 266), mais bien sur la « détresse » à laquelle peut conduire une grossesse non voulue, seule justification du recours à l'avortement. D'emblée, l'IVG est présentée comme une concession accordée par le législateur au nom de la vulnérabilité des femmes : la loi place ainsi le psychisme des avortantes au cœur de son dispositif de régulation.

L'encadrement de l'IVG défini par la loi, particulièrement codifié, est d'abord pensé comme dissuasif. L'avortement, autorisé jusqu'à la dixième semaine de grossesse (SG), n'est possible qu'après un délai « de réflexion » d'une semaine et deux consultations. La première, médicale, informe les femmes sur « les risques médicaux » encourus et présente, par l'entremise d'un dossier-guide, les alternatives possibles à l'avortement. La seconde, sociale, leur apporte des éléments sur les « moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés » et ainsi mener la grossesse à terme. Si l'avis d'une commission d'expert·es n'est pas requis (contrairement à ce qui est alors exigé pour une interruption de grossesse dite « thérapeutique »), les demandeuses d'IVG doivent tout de même se soumettre à un entretien psychosocial préalable obligatoire. « Les principes stratégiques que [cet entretien] met en œuvre, dissuasion et psychologisation, le désignent comme l'élément clé de l'appareil de contrôle social de l'avortement » dans un premier temps (Devreux 1981 et 1982 : 455).

Cette fonction dissuasive met toutefois en tension les professionnel·les du travail social et du conseil conjugal, qui redéfinissent rapidement sa visée pour l'inscrire dans un projet d'assistance psychologique des femmes. Lorsque la loi est reconduite en 1979, l'obligation de passer par un entretien psychosocial est maintenue au nom du « besoin d'aide qui doit être ressenti », suivant « l'idée que l'avortement doit être vécu de façon dramatique pour rester exceptionnel » (Devreux 1982 : 462). La détresse face à la grossesse est ainsi moins *constatée* qu'*exigée* par la prise en charge.

Cependant, cette attention au psychisme est aussi présentée, dès le départ, comme un instrument de « libération » des femmes. La psychiatrie a eu une place importante dans la bataille de l'avortement. Elle est alors l'une des spécialités médicales comptant le plus de médecins favorables à la libéralisation de l'avortement (Garcia 2005). Parmi les premier·ères médecins travaillant en centres d'IVG (CIVG),

beaucoup sont proches des milieux militants d'extrême gauche (Ruault 2023), au sein desquels la psychanalyse apparaît comme une théorie progressiste et un outil d'émancipation. Selon un gynécologue-obstétricien interviewé, ancien militant trotskyste, qui a fondé et dirigé un CIVG de 1975 à 1990, son engagement anticapitaliste et féministe se réalise dans son activité professionnelle par la pratique des avortements *et* par l'attention au psychisme : « Nous, on croyait à la révolution, à la lutte des femmes, à l'intégration de la dimension psychosomatique. Le métier du gynécologue – pas du psychiatre! – c'est que la parole puisse advenir[1]. » Pendant des années après la création du CIVG 3, des réunions hebdomadaires ont visé à former le personnel à la psychanalyse autant qu'à la gynécologie, et des psychanalystes étaient parfois consulté·es pour éclairer – *a posteriori* – certains « dossiers difficiles ». Pour les premier·ères professionnel·les de l'orthogénie, la pratique de l'avortement et l'analyse psychologique participaient ainsi d'un même engagement en faveur de la cause des femmes.

La psychologisation de la prise en charge est donc – avec sa médicalisation – la clef de voûte du dispositif pour autoriser l'avortement. Elle instaure ce que Dominique Memmi (2003b) a nommé un « gouvernement par la parole ». Dès le départ, la régulation sociale de l'IVG, déléguée aux professionnel·les de santé, procède donc moins par la coercition que par une écoute active qui, tout en étant soucieuse des femmes, n'a de cesse d'encadrer leurs choix procréatifs. La seule existence de l'entretien obligatoire induit une mise en récit de soi pour justifier la demande d'IVG (Devreux 1982) : même quand l'attestation de consultation, nécessaire à la réalisation de l'IVG, est remise en début d'entretien et non à la fin, les femmes « se prêtent au jeu » de l'institution (Divay 2004 : 197).

L'assouplissement de l'encadrement psychologique de l'avortement dans la loi

Depuis 1975, les évolutions de la législation en matière d'IVG sont allées dans le sens d'une amélioration de son accès, par différents moyens : remboursement des soins par la Sécurité sociale (à partir de 1982); formalisation et extension du « délit d'entrave à l'IVG » (en 1993 puis en 2017); suppression des restrictions d'accès pour les femmes étrangères (en 2001), mise en place d'un système de prise en charge anonyme pour les mineures et d'une dérogation à la règle du consentement parental pour celles qui le souhaitent (en 2001); allongement du délai légal d'avortement à douze SG (en 2001) puis à quatorze (en 2022); précision de la clause de conscience des professionnel·les en matière de soins (en 2010)[2]; diversification des méthodes

[1] Entretien réalisé en mars 2022.

[2] En cas de refus de prendre en charge une demandeuse d'IVG, les professionnel·les de santé doivent lui « communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ».

d'avortement, des lieux de sa pratique et ceux et celles habilité·es à les réaliser ou à délivrer les médicaments nécessaires pour interrompre une grossesse (Mathieu 2022).

Surtout, les références à l'état psychique des avortantes s'estompent : en juillet 2001, la loi rend facultatif l'entretien psychosocial pour les femmes majeures; en 2014, la notion de « détresse » justifiant l'accès des femmes à l'IVG est supprimée. Désormais, « la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse[3] », sans autre justification que sa volonté propre, et cela est possible depuis 2016 sans l'obligation légale de respecter un délai d'une semaine. Ces modifications légales ont cependant réactivé de vives résistances devant une possible « banalisation » de l'avortement et de son usage (Berhouet 2014; Mallaval et Berhouet 2014), preuve que l'avortement est toujours perçu comme un acte devant rester exceptionnel.

La persistance d'un encadrement psychique en pratique

Si les évolutions légales récentes suggèrent un assouplissement du contrôle du psychisme des demandeuses d'avortement, il n'est, dans la pratique, que partiel. Les enquêtes ethnographiques montrent une persistance de l'entretien psychosocial, toujours présenté comme obligatoire dans de nombreux centres d'orthogénie. Certain·es professionnel·les de santé n'hésitent pas à user de stratégies discursives pour que les femmes se soumettent à l'exercice, comme l'explique une conseillère conjugale et familiale (CCF) (59 ans, CIVG 1) en mars 2016 : « C'est pas obligatoire, mais c'est systématique, on joue sur les mots. » Dans leurs discours, c'est bien le souci d'aider les femmes qui est mis en avant : l'entretien est présenté comme un moment qui, *a minima*, « ne peut pas faire de mal » et, pour la plupart des femmes, comme un temps d'échange bénéfique pour leur équilibre psychique.

Cependant, une telle attention au psychisme s'explique d'abord par le souci des professionnel·les de l'avortement de valoriser un travail souvent perçu comme ingrat (Thizy 2023a, 2023b) : « On [n']est pas là pour vider des utérus », entend-on fréquemment dans le CIVG 3. La pose d'un diagnostic psychosocial permet aux professionnel·les non seulement de sortir de leur rôle de simple prestataire de service, mais aussi, pour celles et ceux qui sont mal à l'aise avec le principe de l'avortement, de placer le soin (*care*) (l'accompagnement relationnel) plutôt que le traitement (*cure*) (le geste médical) au cœur de leur travail.

La psychologisation permet aussi de légitimer le travail des CCF, précarisées par la suppression de l'obligation d'entretien psychosocial en 2001, ce qui a amputé leur profession d'un de ses principaux champs d'exercice et d'expertise. L'abondance de la littérature produite par des CCF adhérant pour partie aux analyses psychologiques (Avon 2002; de Dinechin 2002; Tamian-Kunégel 2002) et par des psychologues (Rondot-Mattauer 2003; Mytnik 2007 et 2009; Mortureux 2010),

[3] *Code de la santé publique*, art. L. 2212-1.

publiée à cette période, peut être interprétée comme une volonté de défendre leur rôle auprès des avortantes et, par là même, leur profession. Ainsi, une responsable du CIVG 5, bien qu'elle se montre sceptique quant à l'utilité de ces entretiens, justifie leur tenue systématique comme une nécessité institutionnelle : « On a continué après 2001 pour ne pas les mettre au chômage [les CCF][4]. » Presque un demi-siècle après le vote de la loi Veil, le constat d'Anne-Marie Devreux (1982 : 463) à propos du maintien de l'obligation de ces entretiens en 1979 nous semble rester d'actualité : « la mise en avant du besoin d'aide et d'écoute ressenti par les femmes permet […] de justifier la présence des conseillères dans le dispositif et offre l'occasion d'une sorte de renaissance officielle de la fonction de conseil ».

La psychologisation contemporaine de l'avortement au moment de sa prise en charge est donc un héritage historique. Issue du compromis pour autoriser l'avortement au cours des années 70, elle se maintient aujourd'hui dans les pratiques professionnelles, en raison de l'inertie relative de l'organisation du travail et de la conviction partagée qu'un encadrement psychique de ce type est bénéfique aux avortantes. Une telle conviction repose cependant sur une croyance discutable et régulièrement instrumentalisée par ceux et celles qui s'opposent à l'IVG : l'idée que l'avortement serait intrinsèquement nocif pour la santé psychique des femmes.

La santé psychique des femmes au cœur de la bataille contemporaine autour de l'avortement

Les discours et les représentations ordinaires autour de l'avortement font la part belle à ses risques pour la santé mentale des femmes. Les expériences des avortantes sont communément présentées comme nécessairement dramatiques, et l'avortement comme, par essence, traumatisant. Or, la généalogie de cette rhétorique permet de mettre en évidence à quel point elle a été stratégiquement utilisée et caricaturée par les militant·es anti-avortement, qui ont ainsi facilité sa diffusion dans l'ensemble du corps social (y compris parmi les professionnel·les de santé).

L'invention d'un « syndrome post-avortement » : une stratégie des anti-choix

À l'échelle internationale, la représentation de l'avortement comme traumatisme émerge au cours des années 70 dans les discours militants qui dénoncent les conditions sociales dramatiques de la clandestinité (risque de dénonciation, de condamnation, d'humiliation, de complications physiques, voire de décès). Cependant, à partir des années 90, cette rhétorique du drame est reprise par les mouvements anti-choix, qui diffusent l'idée d'une souffrance inhérente à l'avortement (Mattalucci 2018). Aux États-Unis notamment, et dans une moindre mesure en

[4] Entretien réalisé en juin 2022.

Europe, la rhétorique anti-avortement s'est déplacée d'une humanisation de l'embryon (Ginsburg 1989) à une problématisation en termes de santé publique : il faudrait restreindre l'avortement non plus parce qu'il attenterait à une « vie », mais parce qu'il porterait préjudice aux femmes qui y ont recours (Lowe et Page 2019), par les dégâts irrémédiables qu'il causerait à leur santé mentale (Cannold 2002; Hoggart 2015).

En s'appuyant sur des publications scientifiques peu rigoureuses affirmant l'existence d'un lien causal entre recours à l'avortement et dégradation de la santé mentale (Speckhard et Rue 1992; Rue 1995; Reardon 1997; Reardon et autres 2003)[5], les mouvements d'interdiction de l'avortement, dits « pro-vie » (*pro-life*), ont publicisé l'idée que l'avortement causerait un trouble psychique spécifique : le « syndrome post-avortement ». Celui-ci se manifesterait par des symptômes allant des troubles du sommeil au suicide, en passant par la dépression, les troubles alimentaires, la perte de l'estime de soi, etc. Pourtant, à l'échelle internationale, l'existence du « syndrome post-IVG » a été réfutée scientifiquement à de multiples reprises. Aux États-Unis, l'American Psychiatric Association, l'American Psychological Association et l'American Medical Association ne considèrent pas ce syndrome comme un trouble avéré. Seuls des travaux aux méthodes scientifiques douteuses et critiquées font état d'une causalité entre avortement et troubles psychiques au long cours[6].

Des recherches plus rigoureuses soulignent au contraire que les femmes ayant vécu un avortement ne vivent pas de détresse psychique particulière (Schmiege et Russo 2005; Steinberg et autres 2016; Gomez 2018) ni de stress post-traumatique (Biggs et autres 2016) : en réalité, elles présentent, à long terme, une meilleure santé mentale que celles qui n'ont pas pu avorter d'une grossesse non voulue (Biggs, Brown et Greene Foster 2020; Harris et autres 2014).

Quoique cette rhétorique anti-choix ne connaisse pas le même succès en France qu'ailleurs (Lee 2004 et 2018), elle reste mobilisée par certains sites opposés à l'IVG[7] : « L'IVG n'est pas un acte anodin. Même pratiquée dans les meilleures conditions, elle affecte le psychisme de la femme au plus profond d'elle-même », lit-on par exemple en introduction de l'article « Guérir du syndrome post-IVG » sur le site ivg.net[8], principal instrument en ligne du militantisme français anti-avortement[9].

---

5 Pour une critique, voir, par exemple, Brenda Major (2003).

6 Voir, à ce propos, Vignetta E. Charles et autres (2008) ainsi que Gail Erlick Robinson et autres (2009).

7 C'est toujours le cas à l'heure actuelle, alors même que la désinformation numérique est passible d'une condamnation depuis le vote du délit d'entrave numérique à l'IVG en 2017.

8 Voir le site Web suivant : www.ivg.net/les-risques-de-ivg/guerir-du-syndrome-post-ivg (25 mai 2022).

9 Voir, par exemple, l'enquête du *Monde* de Laura Motet et Samuel Laurent (2016) ainsi que celle de Rozenn Le Saint (2019).

La représentation de l'avortement comme drame : un obstacle à sa libéralisation

L'absence de fondement scientifique n'empêche donc pas la diffusion d'un tel discours et son utilisation politique – avec ou sans référence explicite au syndrome – bien au-delà du seul militantisme anti-avortement. En France, cet argument, relayé par les médias[10], apparaît aussi dans les propos de représentant·es politiques ou de médecins et de psychanalystes déclarant pourtant défendre avec ferveur le droit à l'avortement. Ceux-là affirment par exemple qu'aucune personne ne peut « ignorer les difficultés psychiques des femmes qui [l']ont subi » (Nisand, Letombe et Marinopoulos 2012a et 2012b). Cette dramatisation de l'avortement – parfois contestée (Bajos et autres 2012a et 2012b; Les filles des 343 2012) – est mobilisée pour plaider un *statu quo* sur l'avortement devant des mobilisations en faveur d'un assouplissement des conditions d'accès à l'IVG, sans pour autant endosser l'identité – clivante – d'anti-IVG. À l'occasion du débat autour de l'allongement de deux semaines du seuil légal pour obtenir une IVG voté en mars 2022, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF 2020) de même que le président français, Emmanuel Macron, ont usé de cette représentation pour justifier leur opposition à la réforme. Tandis que le CNGOF (2020) reprenait dans son communiqué les propos de Simone Veil tenus en 1974 selon lesquels « aucune femme ne recourt de gaîté de cœur à l'avortement », Macron déclarait le 1er juillet 2021 au magazine *Elle* : « L'IVG est une conquête immense pour les femmes et pour les hommes, pour la dignité et l'humanité de tous. Mais je mesure le traumatisme que c'est d'avorter. » (Djamshidi et autres, 2021) Ces déclarations s'appuient sur la force du bon sens dont bénéficient les lieux communs plutôt que sur les études – qui existent – sur le sujet. Elles revendiquent un « ni ni » en matière d'avortement : ni banalisation ni retour en arrière.

La diffusion d'une représentation essentialisante du vécu de l'avortement a donc des conséquences politiques : quand il ne s'agit pas d'entraver l'accès à l'IVG, il est question, plus simplement, de ne pas le simplifier. Une telle conception de l'avortement imprègne également les pratiques et les représentations des professionnel·les de santé. Elle permet de comprendre comment l'encadrement psychique des avortantes se perpétue malgré l'affaiblissement des dispositifs légaux de contrôle.

[10] Un article du *Figaro* de Delphine de Mallevoüe (2008) s'intitule par exemple « Les traumatismes à retardement de l'avortement ».

La psychologisation dans les pratiques professionnelles abortives : de l'individualisation des rapports sociaux à l'obstacle au soin

Dans les centres d'IVG que nous avons investigués, l'encadrement psychique des avortantes déborde largement le temps qui lui est consacré lors de l'entretien psychosocial : tout le monde – CCF, mais aussi médecins, infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, secrétaires – peut y prendre part. En ramenant les rapports sociaux à une expérience individuelle, la psychologisation occulte les rapports de pouvoir en jeu, tout en servant de justification à des traitements différenciés des avortantes, au point de devenir parfois un obstacle au soin.

Le sens commun psychologique au fondement d'une prise en charge « *cocooning* »

Si certain·es des professionnel·les de l'orthogénie rencontré·es, parmi les plus militant·es, prônent la banalisation de l'avortement et la simplification – voire la démédicalisation – des parcours d'IVG, la plupart soulignent l'intérêt, pour les femmes, de l'encadrement médical et psychique. Son allègement dans le droit (notamment la suppression du caractère obligatoire de l'entretien et du délai de réflexion, l'autorisation de l'avortement à domicile) est fréquemment déploré. Françoise, gynécologue médicale ayant travaillé 20 ans dans le CIVG 3, regrette par exemple que la possibilité soit offerte aujourd'hui aux femmes d'avorter à domicile par voie médicamenteuse : « La femme se retrouve à faire sa fausse-couche toute seule sur les chiottes… Je [ne] comprends pas. C'est encore un moyen de faire taire les " hystériques ", de se débarrasser de [leur] douleur[11]. » Une autre CCF, quant à elle, tente de convaincre une femme qui a déjà avorté chez elle de réaliser sa deuxième IVG en milieu hospitalier : « L'hôpital, c'est sécurisant, vous êtes *cocoonée*, prise en charge[12]. »

L'accompagnement par des professionnel·les lors de l'IVG continue d'être présenté par les membres du personnel soignant comme indispensable, à l'image de l'entretien psychosocial. Ce dernier, désigné comme « un espace de parole », est d'ailleurs extensif, tant dans sa durée (de 10 à 60 minutes) que dans les thèmes abordés : décision d'avortement, mais aussi émotions ressenties, réactions de l'entourage, relation de couple, rapport à la sexualité et à la contraception, vie professionnelle, voire plus largement trajectoires de vie et épreuves existentielles (violences subies, deuils, etc.). L'objectif est non seulement « que les avortements se passent le moins mal possible » pour reprendre les termes de Françoise, mais aussi de dépister des problèmes psychologiques ou sociaux dont l'IVG ne serait que le reflet.

---

11 Entretien réalisé en avril 2022.

12 Observation réalisée en juin 2022 dans le CIVG 5.

Dans les CIVG enquêtés, l'idée qu'« une IVG, c'est jamais juste une IVG », qu'elle « est le symptôme d'autre chose » et « a une cause profonde » est en effet répandue. Elle « permet[trait] une poussée de l'inconscient », selon les dires des professionnel·les. Laurence, gynécologue médicale de 64 ans, explique :

> L'avortement, c'est pas que une histoire de contraception, c'est aussi une histoire psychologique […] Ce qu'ont montré les psychiatres, c'est que l'avortement est le symptôme d'un problème sous-jacent […] C'est des blessures d'enfant, et les femmes se punissent, se font du mal […] Je pense pas qu'une femme, quel que soit son niveau culturel, puisse faire un avortement de manière sereine. Même celles qui donnent le change […] Je suis pas sûre qu'on respecte les femmes en allant aussi vite. Le désir de maternité d'une femme, c'est plus compliqué que ça[13].

La psychologisation de l'avortement transforme ainsi un « échec de contraception » en « lapsus contraceptif » dont le sens est à chercher en dehors des difficultés concrètes liées au travail contraceptif (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) et à son inégale répartition genrée. Sandrine, sage-femme de 46 ans, précise ainsi :

> Je suis contre l'idée que c'est un problème de contraception. Si on veut pas tomber enceinte, on a tout ce qu'il faut pour. Non, il y a une dimension psychologique. Souvent il y a un problème derrière [:] un décès, un déménagement, une rupture… J'ai eu une patiente qui est venue pour son neuvième avortement l'autre jour. Je me suis rendu compte que c'était tous les ans au même moment, au moment de l'anniversaire du décès de son père! […] [Dans ces cas-là,] je leur dis : « Vous, je [ne] vous laisse pas le choix, on va voir la conseillère! » [rire][14].

Ainsi, l'IVG serait moins un traumatisme en elle-même que la *conséquence d'un traumatisme* passé qu'elle révèle. L'association avec un deuil – récent ou dans l'enfance – comme facteur explicatif enfoui de l'avortement n'est pas rare, et elle pousse les CCF à questionner en profondeur les avortantes sur leur expérience intime du décès de leurs proches – ou sur tout autre épisode associé à une lourde charge émotionnelle. L'accompagnement psychique est alors présenté comme nécessaire pour « mettre en sens » l'expérience abortive. La référence aux concepts et aux explications psychanalytiques s'est ainsi institutionnalisée, se perpétuant dans un « sens commun psychologique » prégnant dans les maternités en général (Memmi 2003a : 448) et dans les services d'orthogénie en particulier. La conséquence en est

[13] Entretien informel, novembre 2021, CIVG 3.
[14] Entretien informel, novembre 2021, CIVG 3.

que l'accès à l'IVG exige implicitement d'en passer par un récit de soi parfois très intime et fort éloigné de la grossesse elle-même.

De la psychologisation des rapports de domination à l'individualisation de la prise en charge

Cette lecture psychologique conduit également à une prise en charge individualisante des avortantes et à un traitement différencié de leurs demandes. Les professionnel·les enquêté·es cherchent à identifier chez les femmes l'indice d'un désir latent d'enfant[15] qui contredirait leur demande consciente d'IVG. Ce « diagnostic » d'« ambivalence » – terme abondamment employé – conduit à interpréter certaines difficultés structurelles d'accès à l'IVG comme la manifestation d'un doute sur le choix d'avorter[16].

Un matin, les équipes du CIVG 3 refusent par exemple de prendre en charge une mère de famille arrivée à 9 h 30 pour un rendez-vous à 8 h. La femme s'emporte, explique qu'elle a deux jeunes enfants qu'elle peine à faire garder, qu'elle ne peut venir qu'après les avoir déposés à l'école et que les seuls rendez-vous que propose le centre pour la réalisation de l'IVG – à 8 h – ne lui conviennent pas. Une CCF présente dans la pièce demande alors à la cantonade : « Elle veut vraiment son IVG? » Un nouveau rendez-vous lui sera donné pour un autre jour, toujours à 8 h[17].

L'indifférence des professionnel·les aux contraintes structurelles qui s'imposent dans le quotidien des femmes – notamment la division sexuée du travail domestique et parental – est telle que même une situation de violence physique subie par une avortante peut être lue comme la manifestation d'une ambivalence. Ainsi, Malika, jeune femme de 24 ans ayant déjà participé à tous les premiers rendez-vous, appelle la veille de la réalisation de l'IVG, car son conjoint refuse qu'elle avorte et la séquestre à la maison. Lorsque Virginie (infirmière et CCF, 56 ans) lui suggère d'appeler la police et que Malika lui répond qu'elle ne peut pas faire cela à son mari, l'infirmière conclut l'appel : « Alors on ne peut rien faire. » Puis elle se tourne vers l'enquêteur, témoin de l'appel :

---

15 Christine Delphy (2002 : 79) parle à ce titre, avec ironie, du « désirdenfant » en un seul mot pour rendre compte de l'automatisme avec lequel ces termes sont associés.

16 Si nous avons pu constater un effet général de la psychologisation de l'avortement sur les pratiques des professionnel·les de santé, notons que son intensité et son effet sur les modalités de la prise en charge varient selon les centres et les personnes rencontrées. Dans notre article, nous n'aborderons pas la question des variations des pratiques à l'échelle individuelle, et nous utiliserons principalement des exemples issus du CIVG 3, où la psychologisation est particulièrement visible et où l'ethnographie réalisée a été la plus longue.

17 Interaction observée en novembre 2021.

> Raphaël : Peut-être qu'elle arrivera à venir dans les prochains jours? Il faudra la prendre hors délai ou en IMG [interruption de grossesse pour motif médical] pour détresse psychosociale.
> Virginie : Oui mais ça, moi je suis pas pour.
> Raphaël : Mais si elle est séquestrée…
> Virginie [dubitative] : Oui, c'est ce qu'elle dit! Je lui dis de porter plainte, elle me dit que c'est son mari et que tant pis elle va devoir garder la grossesse. Déjà elle est venue consulter, elle était à treize semaines, moi je pense qu'elle est ambivalente[18].

Aveugles à la complexité de la procédure, les professionnel·les lisent les difficultés matérielles d'accès à l'IVG comme le signe d'un désir d'enfant. C'est la même analyse d'« ambivalence » qui, parfois, les amène à différer la réalisation de l'avortement. Cette temporisation imposée passe par l'ajout de consultations ou d'entretiens non requis par la loi, ou par la mise en place d'un délai entre les rendez-vous. Au CIVG 3, par exemple, une gynécologue médicale de 65 ans interpelle l'infirmière s'apprêtant à programmer l'intervention selon les disponibilités de l'avortante : « Ne la programme pas trop tôt! Il faut qu'elle prenne le temps d'avancer dans sa réflexion. Dis-lui qu'il n'y a pas de place pour le moment[19]. » Au nom d'une lecture psychologique de la demande d'avortement, certain·es professionnel·les n'hésitent donc pas à mentir aux femmes pour différer leur prise en charge.

D'autres fois, les femmes doivent obligatoirement réaliser un bilan sanguin maximaliste (c'est-à-dire plus complet que ce qu'impose la loi) dont l'attente des résultats retarde la prise en charge. Les professionnel·les peuvent aussi imposer de réaliser un entretien avec une CCF, refuser de réaliser l'IVG médicamenteuse le même jour que la consultation médicale, ou encore ne pas laisser l'avortante emporter les médicaments chez elle – alors que la loi n'impose plus de les prendre sur le lieu de prise en charge.

Le ralentissement de la procédure peut ainsi être volontaire. Parfois, il ne se limite pas aux seules situations désignées comme « ambivalentes » : toute demande d'avortement justifierait un ralentissement des démarches. Certain·es professionnel·les regrettent que le parcours ne soit pas plus long. Une infirmière de 55 ans affirme par exemple : « Moi je pense qu'on va trop vite. Elles [n']ont pas le temps de réaliser. Il faudrait les faire revenir[20]. » L'ambivalence n'est donc pas propre à des situations particulières : aux yeux de certain·es professionnel·les, elle caractérise n'importe quelle décision d'IVG.

Enfin, les professionnel·les de certains centres opèrent une sélection des avortantes ayant atteint le délai légal limite de recours à l'IVG. Dans le CIVG 3, alors

---

18 CIVG 3, mars 2022.
19 Interaction observée en novembre 2021.
20 Entretien informel, février 2022, CIVG 3.

que le seuil limite fixé par la loi était à cette date de 12 SG, des membres du personnel soignant ont refusé de prendre en charge des femmes enceintes de 11 semaines et 5 jours, tout en acceptant d'autres femmes enceintes de presque 13 SG. Ce léger dépassement de délai n'est toléré que pour les demandeuses d'IVG dont l'état psychique indiquerait une « détresse réelle ». Ainsi, une femme de 35 ans a vu sa demande d'IVG refusée par une sage-femme de 46 ans qui l'a reçue en consultation à 12 SG et un jour. La sage-femme ne l'a pas jugée assez désespérée à l'annonce du dépassement du délai légal, bien qu'elle n'ait pas cessé de pleurer tout le long de la consultation dès cette annonce. La sage-femme se justifie ainsi :

> Dans ce que je ressens de cette dame, c'est elle qui dit : « C'est bon ok. » […] C'est une dame qui est dans l'ambivalence et qui a besoin que ça soit nous qui disions non, qui fixions les limites. Même si pour elle c'est compliqué parce que le père [son compagnon] est parti, elle aurait réagi différemment si elle voulait avorter [silence]. Parfois, c'est aussi une tentative pour ces femmes de re-convaincre les mecs avec qui elles sont.

Lorsque l'enquêteur signale avoir vu des patientes prises en charge jusqu'à 13 SG, la sage-femme rétorque : « Oui. C'est nous qui décidons […] Une femme que je reçois à 14 [semaines d'aménorrhée] + 1 [jour] mais qui serait vraiment dans le désarroi… bon. Mais là, non[21]. »

Les professionnel·les utilisent donc la marge de manœuvre à leur disposition pour adapter la prise en charge en fonction de leur propre « diagnostic » psychologique. Cette marge d'action permet, selon les cas, de temporiser l'avortement, de tenter de dissuader l'avortante, d'imposer une méthode d'avortement plutôt qu'une autre ou bien d'accepter ou de refuser une femme atteignant le seuil limite fixé par la loi. Utilisée avec une plus ou moins grande discrétion selon les équipes, cette marge présente un usage qui souligne les résistances pérennes des professionnel·les à endosser un rôle de simples exécutant·es, et la différenciation des pratiques selon leur perception personnelle de la situation des avortantes.

Conclusion

« Un avortement est un acte manqué tout à fait réussi, où s'exprime toute l'ambivalence de la femme ou du couple par rapport à l'enfant fantasmé », écrivaient Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé (fondatrice de la Maternité heureuse qui deviendra plus tard le Mouvement français pour le planning familial) et Guy Maruani en 1975. Presque 50 ans plus tard, force est de constater que cette grille de lecture psychanalytique demeure encore très présente, tant dans les discours sur l'avortement que dans les services investigués. L'essentialisation de l'avortement comme

[21] Entretien informel, novembre 2021.

expérience psychiquement difficile, voire traumatisante, n'est pas le reflet direct des expériences des femmes : elle est le produit de conflits historiques et politiques autour du droit à l'avortement, qui contribuent à en structurer les représentations et excluent d'en faire un mode de contrôle des naissances ordinaire. Ce faisant, la psychologisation à l'œuvre ne se contente pas de perpétuer la stigmatisation de l'avortement. En ramenant les éventuelles difficultés psychiques ou hésitations des femmes à des enjeux émotionnels individuels, elle occulte les rapports de pouvoir genrés et médicaux qui façonnent l'expérience abortive et entrave une compréhension structurelle des choix procréatifs des femmes. Lorsqu'elle se traduit par un soutien psychologique imposé plutôt que seulement proposé, elle participe à compliquer l'accès à l'avortement.

En prêtant attention à la prise en charge des demandes d'avortement, on s'aperçoit que le relâchement du gouvernement du psychisme n'est qu'apparent. L'allégement des obligations légales ne s'est pas vraiment traduit par un moindre contrôle émotionnel des avortantes en pratique. La psychologisation continue d'être un mode d'encadrement du psychisme, qui opère désormais à l'échelle individuelle, de façon plus subtile et différenciée. En dépit de pratiques contrastées selon les lieux de prise en charge, une telle psychologisation, perceptible aujourd'hui encore dans les services investigués, constitue un frein à l'exercice d'un droit acquis par les femmes et la source d'inégalités sociales de santé.

RÉFÉRENCES

AVON, Bernadette

2002 *À l'écoute du symptôme IVG. Accompagner la relation*. Lyon, Chronique sociale.

BAJOS, Nathalie, et Michèle FERRAND

2011 « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, 1, 1 : 42-60.

BAJOS, Nathalie, et autres

2012a « Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement chez les jeunes? », *Libération*, 1er mars, [En ligne], [www.liberation.fr/societe/2012/03/01/faut-il-s-inquieter-du-recours-a-l-avortement-chez-les-jeunes_799683/] (22 janvier 2024).

2012b « IVG : le retour des entrepreneurs de morale », *Libération*, 20 mars, [En ligne], [www.liberation.fr/societe/2012/03/20/ivg-le-retour-des-entrepreneurs-de-morale_804223/] (22 janvier 2024).

BERHOUET, Paxti

2014 « Séance tendue autour de l'IVG à l'Assemblée », *Libération*, 22 janvier, [En ligne], [www.liberation.fr/france/2014/01/22/seance-tendue-autour-de-l-ivg-a-l-assemblee_974669/] (22 janvier 2024).

BIGGS, M. Antonia, Katherine BROWN et Diana GREENE FOSTER
2020 « Perceived Abortion Stigma and Psychological Well-being over Five Years after Receiving or Being Denied an Abortion », *PLOS ONE*, 15, 1, [En ligne], [doi.org/10.1371/journal.pone.0226417] (22 janvier 2024).

BIGGS, M. Antonia, et autres
2016 « Does Abortion Increase Women's Risk for Post-traumatic Stress? Findings from a Prospective Longitudinal Cohort Study », *BMJ Open*, 6, 2, [En ligne], [doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009698] (22 janvier 2024).

CANNOLD, Leslie
2002 « Understanding and Responding to Anti-choice Women-centred Strategies », *Reproductive Health Matters*, 10, 19 : 171-179.

CASTEL, Robert
1981 *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, Minuit.

CHARLES, Vignetta E., et autres
2008 « Abortion and Long-term Mental Health Outcomes: A Systematic Review of the Evidence », *Contraception*, 78, 6 : 436-450.

COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS (CNGOF)
2020 « IVG entre 14 et 16 SA. Communiqué du Conseil d'administration du CNGOF adopté à l'unanimité », *CNGOF*, 12 octobre, [En ligne] [www.cngof.fr/patientes/presse/736-ivg-tardive-cdp-cngof] (5 octobre 2020).

DE DINECHIN, Blandine
2002 « Entretien pré-IVG : Dire pour mieux comprendre », *Laennec*, 50, 3 : 37-44.

DELPHY, Christine
2002 « La maternité occidentale contemporaine : le cadre du désir d'enfant », dans Francine Descarries et Christine Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*. Montréal, Les éditions du remue-ménage : 68-82.

DEVREUX, Anne-Marie
1988 *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*. Paris, Cultures et Sociétés Urbaines.
1982 « De la dissuasion à la normalisation. Le rôle des conseillères dans l'entretien pré-IVG », *Revue française de sociologie*, 23, 3 : 455-471.
1981 « Pour un petit bout de papier », *Autrement*, 35 : 192-199.

DIVAY, Sophie
2004 « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société*, 28, 2 : 195-209.
2003 « L'IVG : un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés*, 9, 1 : 197-222.

DJAMSHIDI, Ava, et autres
2021 « Entretien exclusif – Emmanuel Macron : “ Je ne vais pas changer de Premier ministre ” », *Elle.fr*, 1er juillet, [En ligne], [www.elle.fr/Societe/News/Entretien-exclusif-Emmanuel-Macron-Je-ne-vais-pas-changer-de-Premier-ministre-3934126] (22 janvier 2024).

GARCIA, Sandrine
2005 « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3, 158 : 96-115.

GINSBURG, Faye D.
1989 *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*. Berkeley, University of California Press.

GOMEZ, Anu M.
2018 « Abortion and Subsequent Depressive Symptoms: An Analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health », *Psychological Medicine*, 48, 2 : 294-304.

HARRIS, Laura F., et autres
2014 « Perceived Stress and Emotional Social Support among Women Who Are Denied or Receive Abortions in the United States: A Prospective Cohort Study », *BMC Women's Health*, 14, 76, [En ligne], [doi.org/10.1186/1472-6874-14-76] (22 janvier 2024).

HOGGART, Lesley
2015 « Abortion Counselling in Britain: Understanding the Controversy », *Sociology Compass*, 9, 5 : 365-378.

LAGROUA WEILL-HALLE, Marie-Andrée, et Guy MARUANI (dir.)
1975 *Le Conseil concernant les problèmes de la naissance. Tâche et fonctionnement des centres de consultation en matière de contraception, stérilité et avortement*. Toulouse, Privat.

LAMBERT, Sabine
2012 *L'injonction au drame. Représentations et expériences vécues de l'interruption volontaire de grossesse*. Mémoire de master 2 (sociologie). Poitiers, Université de Poitiers.

LEE, Ellie
2018 « Psychologizing Abortion: Women's “ Mental Health ” and the Regulation of Abortion in Britain », dans Anne Morris et Susan Nott (dir.), *Well Women. The Gendered Nature of Health Care Provision*. Londres, Routledge : 61-78.
2004 *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*. Hawthorne, Aldine de Gruyter.

LE NAOUR, Jean-Yves, et Catherine VALENTI
2003 *Histoire de l'avortement. XIXe-XXe siècle*. Paris, Seuil.

LE SAINT, Rozenn
2019 « Testé pour vous : dans les filets des " bonnes samaritaines " anti-IVG », *Causette*, 31 décembre, [En ligne], [www.causette.fr/feminismes/combats/dans-les-filets-des-bonnes-samaritaines/] (22 janvier 2024).

LES FILLES DES 343
2012 « Nous avons avorté, nous allons bien, merci! », *Libération*, 20 mars, [En ligne], [www.liberation.fr/societe/2012/03/20/nous-avons-avorte-nous-allons-bien-merci_804222/] (22 janvier 2024).

LOWE, Pam, et Sarah-Jane PAGE
2019 « " On the Wet Side of the Womb ": The Construction of " Mothers " in Anti-abortion Activism in England and Wales », *European Journal of Women's Studies*, 26, 2 : 165-180.

MAJOR, Brenda
2003 « Psychological Implications of Abortion – Highly Charged and Rife with Misleading Research », *Canadian Medical Association journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 168, 10 : 1257-1258.

MALLAVAL, Catherine, et Paxti BERHOUET
2014 « Avortement : les ultras refont le débat », *Libération*, 22 janvier, [En ligne], [www.liberation.fr/societe/2014/01/22/avortement-les-ultras-refont-le-debat_974847/] (22 janvier 2024).

MALLEVOÜE, Delphine de
2008 « Les traumatismes à retardement de l'avortement », *Le Figaro*, 4 mars, [En ligne], [www.lefigaro.fr/actualites/2008/03/04/01001-20080304ARTFIG00011-les-traumatismes-a-retardement-de-l-avortement.php] (22 janvier 2024).

MARGUET, Laurie
2014 « Les lois sur l'avortement (1975-2013) : une autonomie procréative en trompe-l'œil? », *Revue des droits de l'homme*, 6, [En ligne], [doi.org/10.4000/revdh.731] (20 septembre 2022).

MATHIEU, Marie
2022 « L'avortement en France : du droit formel aux limites concrètes à l'autonomie des femmes », *Droit et Société. Théorie et sciences sociales du droit*, 2, 111 : 335-355.
2016 *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes : refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle : une comparaison France-Québec*. Thèse de doctorat (sociologie). Paris et Montréal, Université Paris 8 et Université du Québec à Montréal.

MATHIEU, Marie, et Lucile RUAULT
2014 « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, 107, 3 : 33-59, [En ligne], [doi.org/10.3917/pox.107.0033] (22 janvier 2024).

MATTALUCCI, Claudia
2018 « Abortion and Women's Bodily and Mental Health: The Language of Trauma in the Public Debate on Abortion in Italy », *Antropologia*, 5, 2, [En ligne], [doi.org/10.14672/ada2018145875-94] (22 janvier 2024).
MEMMI, Dominique
2003a « Faire consentir : la parole comme mode de gouvernement », dans Jacques Lagrove (dir.), *La politisation*. Paris, Belin : 445-459.
2003b *Faire vivre et laisser mourir*. Paris, La Découverte.
MORTUREUX, Anne
2010 « La place de la parole dans l'entretien pré-IVG », *Laennec*, 58, 2 : 6-17.
MOTET, Laura, et Samuel LAURENT
2016 « Ivg.net, sosbebe.org, ecouteivg.org... Les sites " faux nez " des anti-IVG », *Le Monde*, 7 décembre, [En ligne], [www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/12/07/ivg-net-sosbebe-org-ecouteivg-org-les-sites-faux-nez-des-anti-ivg_5044556_4355770.html] (22 janvier 2024).
MYTNIK, Brigitte
2009 « L'acte effacé. Plaidoyer pour une certaine éthique de l'IVG », *Champ psychosomatique*, 4, 56 : 23-39.
2007 *IVG, fécondité et inconscient*. Toulouse, Érès.
NISAND, Israël, Brigitte LETOMBE et Sophie MARINOPOULOS
2012a « Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement des jeunes? Oui! », *Libération*, 9 mars, [En ligne], [www.liberation.fr/societe/2012/03/09/faut-il-s-inquieter-du-recours-a-l-avortement-des-jeunes-oui_801666/] (22 janvier 2024).
2012b « La meilleure IVG est celle qu'on peut éviter », *Libération*, 22 mars, [En ligne], [www.liberation.fr/societe/2012/03/22/la-meilleure-ivg-est-celle-qu-on-peut-eviter_804836/] (22 janvier 2024).
PERRIN, Raphaël
À paraître *Sociologie du travail d'avortement*. Thèse de doctorat (sociologie). Paris, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.
PHETERSON, Gail
2003 « Grossesse et prostitution. Les femmes sous la tutelle de l'État », *Raisons politiques*, 11 : 97-116.
REARDON, David C.
1997 *A List of Major Psychological Sequelae of Abortion*. Springfield, Elliot Institute.
REARDON, David C., et autres
2003 « Psychiatric Admissions of Low-income Women Following Abortion and Childbirth », *CMAJ*, 168, 10 : 1253-1256.
ROBINSON, Gail Erlick, et autres
2009 « Is There an " Abortion Trauma Syndrome "? Critiquing the Evidence », *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 4 : 268-290.

RONDOT-MATTAUER, Bernadette
2003 *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens*. Toulouse, Érès.
RUAULT, Lucile
2023 *Le spéculum, la canule et le miroir. Avorter au MLAC, une histoire entre féminisme et médecine*. Lyon, ENS Éditions.
RUE, Vincent
1995 « Post-abortion Syndrome: A Variant of Post-traumatic Stress Disorder », dans Peter Doherty (dir.), *Post-abortion Syndrome: Its Wide Ramifications*. Dublin, Four Courts Press : 15-28.
SCHMIEGE, Sarah, et Nancy Felipe RUSSO
2005 « Depression and Unwanted First Pregnancy: Longitudinal Cohort Study », *British Medical Journal*, 331, 7528, [En ligne], [doi.org/10.1136/bmj.38623.532384.55] (22 janvier 2024).
SCHWARTZ, Olivier
2011 « La pénétration de la " culture psychologique de masse " dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, 4, 2 : 345-361.
SPECKHARD, Anne C., et Vincent M. RUE
1992 « Post Abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern », *Journal of Social Issues*, 48 : 95-119.
STEINBERG, Julia R., et autres
2016 « Psychosocial Factors and Pre-abortion Psychological Health: The Significance of Stigma », *Social Science & Medicine*, 150 : 67-75.
TAMIAN-KUNÉGEL, Isabelle
2002 *L'avortement et le lien maternel : une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse*. Lyon, Chronique sociale.
THIZY, Laurine
2023a *Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances*, Thèse de doctorat (sociologie). Paris, Université Paris 8.
2023b « Des mères de famille au chevet des avortantes : une stigmatisation renouvelée dans les centres d'interruption volontaire de grossesse », *Travail, genre et sociétés*, 49 : 141-160, [En ligne], [www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2023-1-page-141.htm] (22 janvier 2024).
THOMÉ, Cécile, et Mylène ROUZAUD-CORNABAS
2017 « Comment ne pas faire d'enfants? La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48, 2 : 117-137.
VEIL, Simone
1974 « Introduction du discours de Simone Veil du 26 novembre 1974 à l'Assemblée nationale », *Institut national de l'audiovisuel*, [En ligne], [www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/la-loi-veil-sur-l-avortement/] (20 septembre 2022).

VILAIN, Annick
2022 « Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 », *Études et Résultats*, 1241, septembre, [En ligne], [drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241.pdf] (22 janvier 2024).